

DU
LUPUS TUBERCULEUX

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juin 1892

PAR

Alfred CHONT

Né le 17 novembre 1863, à Morhange (Lorraine).

Examineurs : { MM. FELTZ, *Président*.
BARABAN, professeur.
ROHMER, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0046

DU
LUPUS TUBERCULEUX

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juin 1892

PAR

Alfred CHONT

Né le 17 novembre 1863, à Morhange (Lorraine).

Examineurs : { MM. FELTZ, *Président*.
BARABAN, professeur.
ROHMER, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, I O, TOURDES O ✱, I O, COZE ✱, I O

V. PARISOT ✱, I O, HERRGOTT ✱, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT ✱, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ ✱, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, A O, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS ✱, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ROHMER, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON, A O.
GUÉRIN, A O.	NICOLAS, A O.	REMY.
	VAUTRIN, A O.	P. PARISOT.

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

HOMMAGE DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FELTZ

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTRODUCTION

La thérapeutique du lupus est très variée. — Mais, comme nous le verrons dans l'analyse rapide que nous ferons des divers traitements employés contre lui, si tous ont plus ou moins de valeur, aucun cependant n'est à l'abri de reproches. — Aussi, le lupus n'ayant pas de traitement spécifique, croyons-nous faire œuvre utile en étudiant une nouvelle méthode curative: nous voulons parler de l'emploi de l'huile de foie de morue, associée ou non à l'iodoforme, comme traitement local du lupus vulgaire.

Guidés par les expériences récentes qui ont démontré de façon péremptoire la nature tuberculeuse du lupus de Willan, MM. Feltz et Zilgien ont songé à employer ce médicament comme topique, *loco dolenti*. — Les résultats qu'ils ont obtenus sont des plus encourageants et méritent d'attirer l'attention des praticiens.

Nous regrettons de ne pouvoir baser notre travail sur de nombreuses observations : malgré un grand nombre de recherches bibliographiques, il nous a été impossible de trouver la relation d'aucun fait où notre procédé, signalé par quelques auteurs, ait été mis en usage. — De plus, la rareté relative des cas de lupus nous a empêché de multiplier nos expériences ; mais si les observations que nous avons pu réunir sont en trop petit nombre pour nous permettre d'affirmer de façon absolue l'efficacité du traitement que nous proposons, du moins les résultats obtenus ont-ils été assez favorables pour nous faire désirer que d'autres

viennent, par leurs expériences, contrôler les faits que nous relatons.

Nous adopterons pour notre thèse le plan suivant :

a) Dans une première partie nous résumerons nos connaissances actuelles sur le lupus, en nous attachant à démontrer la nature tuberculeuse du lupus vulgaire.

b) Dans un second chapitre, nous analyserons d'une façon rapide les divers traitements employés à sa guérison.

c) Nous ferons, dans une troisième partie, l'étude succincte des propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue.

d) Dans un dernier chapitre, nous relaterons nos observations, après avoir fait l'exposé de notre nouvelle méthode.

Mais, avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur

Feltz l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de cette thèse et pour la haute bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. — Nous lui en garderons une profonde reconnaissance.

Merci à notre ancien et excellent ami, le Dr Zilgien, dont l'aide nous a été fort utile.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION DU LUPUS

Le mot « lupus » désignait autrefois tout un groupe d'affections, aux tendances profondément destructives, qui avaient pour caractère d'envahir, de dévorer les tissus sur lesquels elles se développaient « *quasi lupus famelicus proximas sibi carnes exedit* » (Manardus).

Actuellement on comprend sous ce titre une variété de lésions cutanées, caractérisées par de petites nodosités rouges, rouge brun, profondément enchâssées dans le derme et aboutissant, après différents stades, soit à des ulcérations, soit à des lésions cicatricielles non précédées d'ulcérations.

Nous plaçant au point de vue de la nature même du lupus, nous en distinguerons deux espèces : le lupus vulgaire désigné par M. Besnier sous le nom de lupus de Willan et le lupus érythémateux.

La démonstration de la nature tuberculeuse de la première de ces affections est maintenant faite et, bien qu'admise avec restriction par l'École de Vienne, elle est reconnue par tous les dermatologistes français.

Le lupus érythémateux considéré par quelques-uns comme une lésion de la scrofulo-tuberculose, très voisine du lupus vulgaire, n'aurait, d'après les autres, aucun rapport avec la tuberculose : Kaposi (1), par exemple, le range dans les atrophies cutanées.

Quoi qu'il en soit, la clinique, pas plus que l'anatomie pathologique ou les inoculations expérimentales, ne permet d'affirmer cette nature tuberculeuse (2). Aussi laisserons-nous de côté, dans cette étude, cette variété de lupus, pour nous occuper exclusivement du lupus vulgaire, de Willan.

(1) Kaposi. — *Pathologie et traitement des maladies de la peau*. — Traduction Besnier et Doyon, p. 250.

(2) Verneuil. — *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*. — Tome III, 1891, p. 112.

LUPUS TUBERCULEUX, VULGAIRE, DE WILLAN

L'élément caractéristique du lupus vulgaire est le tubercule ou lupome et par cette expression on n'entend pas le tubercule histologique avec ses divers éléments : cellules géantes, cellules épithélioïdes, cellules embryonnaires, mais simplement « ces nodosités qui, sans grande tendance résolutive, occupent dans cette variété de lupus la profondeur du derme ». (Leloir.)

M. Leloir le définit ainsi : « La lésion élémentaire du lupus (lupome) est, au point de vue dermatologique, un tubercule de volume et de disposition variables, de couleur rouge brunâtre rappelant plus ou moins le sucre d'orge, d'une consistance molle, évoluant en général d'une façon lente, chronique, détruisant les tissus, soit par résorption interstitielle (lupus non exedens), soit par ulcération (lupus exedens), soit par sclérose (lupus sclérosé) ».

Si on tend la peau entre deux doigts, la présence de ces tubercules lui donne une apparence ponctuée caractéristique, qui peut d'ailleurs se retrouver même dans les cicatrices, si on a soin auparavant d'enduire la surface d'un corps gras, ce qui rend à l'épiderme sa souplesse.

Très petit, de la grosseur d'une tête d'épingle, rouge brunâtre, ce lupome élémentaire présente une faible résistance à la dilacération, caractère précieux, surtout utile quand on traite le lupus par scarification, car il permet alors de bien limiter l'étendue de la lésion. Ce tubercule est d'une consistance molle et quand plusieurs se trouvent réunis, le doigt qui les presse éprouve une sensation tout à fait semblable à celle que donnent des fongosités. Habituellement, il n'est le siège d'aucune douleur spontanée, mais la pression peut en être assez douloureuse pour qu'il soit possible de déceler, par le palper, des nodules que la vue seule ne saurait constater. Il se présente le plus souvent sous la forme de nodosités qui, renfermant un nombre plus ou moins considérable de ces lupomes élémentaires, « se forment pendant toute la durée du lupus et peuvent en être considérées comme l'efflorescence primaire. Elles suivent une marche assez régulière et, suivant les caractères qu'elles revêtent, elles donnent lieu aux diverses formes de la maladie : lupus ulcéreux, exfoliant, hypertrophique, végétant, etc., toutes formes qui ne sont cependant que les différentes périodes du développement du même processus. » (Kaposi.) (1)

Quelles que soient la forme et la disposition du nodule, après une durée variable de quelques semai-

(1) Kaposi. — *Loco citato*, p. 400.

nes ou quelques mois, souvent plus longue, la régression commence et se manifeste d'abord par la disparition de la vascularisation au centre de la nodosité, ainsi que celle des éléments figurés. Le nodule s'exfolie, s'ulcère et laisse une atrophie cicatricielle de la peau et de la muqueuse, ce tissu cicatriciel conservant souvent, dans son réseau inodulaire, des fragments du foyer lupique primitif, germes préparés des repullulations incessantes de l'avenir. (Besnier.)

Pendant que les parties centrales subissent cette métamorphose, qui aboutit à l'atrophie cicatricielle précédée ou non d'ulcération à la périphérie de nouveaux tubercules se développent, amenant l'accroissement progressif de la plaque de *lupus*.

La plaque cicatricielle a une grande importance, car, si le tubercule est l'élément fondamental, caractéristique du *lupus*, la cicatrice est l'expression de sa tendance destructive : tubercules et cicatrices, tels sont les éléments principaux du diagnostic. A côté des saillies plus ou moins accusées indiquant la présence des nodules, on trouve des plaques cicatricielles déprimées toujours très sensibles, qui, dans le cas où le tubercule ne ressort pas nettement, peuvent servir à établir la nature de la lésion.

DIVISION DU LUPUS VULGAIRE

Nous venons de décrire le « tubercule », élément essentiel et caractéristique du lupus de Willan. Mais la disposition, le volume, l'évolution de ces petits foyers, leurs tendances ulcéreuse ou atrophique-cicatricielle varieront dans chaque cas. Ces différences jointes à celles fournies par la vascularisation plus ou moins intense, par l'infiltration lymphatique et l'exsudat, par les lésions épithéliales pityriasiformes ou psoriasiformes, donneront lieu à une quantité de formes objectives et symptomatiques qui défient toute description complète d'ensemble.

De ces variétés diverses, nous ne voulons retenir que les trois principales :

- a) Le lupus plan,
- b) Le lupus élevé,
- c) Le lupus éléphantiasique.

Dans chacun de ces types, le nodule lupique pourra avoir des tendances différentes, tantôt ulcéreuses (lupus erodens), tantôt non ulcéreuses (lupus vegetans), tantôt scléreuses (lupus sclerosus).

LUPUS PLAN

Le lupus plan est de tous les lupus celui qui évolue le plus lentement, c'est « la scrofulo-tuberculose de la peau à sa plus faible puissance » (Besnier). Son type est le lupus discoïde du centre de la joue, si commun chez les jeunes enfants. Dans cette variété, les saillies formées par les tubercules isolés ou agglomérés sont à peine sensibles, l'infiltration plus ou moins profonde est très manifeste. L'épiderme corné laisse voir par transparence les foyers jaune rougeâtre ; parfois il subit une disquamation pityriasiforme ou psoriasiforme qui lui enlève sa transparence et peut causer une erreur de diagnostic chez un observateur non prévenu. Au centre de la plaque se trouve une cicatrice déprimée, résultat de la tendance atrophique cicatricielle du lupus, autour une zone jaune rougeâtre et enfin plus en dehors un semis de tubercules récents, zone active du mal, qui, en envahissant les parties périphériques, augmentent l'étendue de la plaque, pendant que la partie centrale subit la rétraction cicatricielle. L'agrandissement peut se faire soit par la confluence de plaques plus petites, soit plus souvent par le développement de tubercules nouveaux sur une plaque ancienne. Ces plaques sont généralement indolentes, un peu douloureuses à la pression là où existent des tuber-

cules ; leur extension peut être excessivement lente et elles peuvent persister très longtemps en un même point sans présenter de modifications sensibles.

LUPUS ÉLEVÉ

Tandis que dans la forme précédente les saillies étaient à peine sensibles, elles atteignent ici un volume relativement considérable (depuis un grain de millet jusqu'à un très gros pois). Généralement elles ne se fondent pas ensemble et sont séparées les unes des autres par des sillons ; jamais elles ne se pédiculisent contrairement à ce qui arrive dans la lèpre. Outre ces saillies superficielles, la palpation permet de reconnaître la présence de nodules lupeux profonds qui, sans son aide, passeraient inaperçus. Certains de ces lupus prenant la forme végétante atteignent le volume d'une noix, voire même d'une orange, englobant dans la tumeur les ailes du nez, la cloison et n'en respectant que les orifices. D'autres fois, à la face, l'aspect peut être celui de l'acné rosée tuberculeuse. Tous ces lupus élevés s'accompagnent ordinairement de lésions de la peau : injections vasculaires, infiltration profonde du derme, oedème lymphatique qui contribuent à donner à la lésion des aspects fort dissemblables suivant les cas.

LUPUS ÉLÉPHANTIASIQUE

Parfois les lésions de la peau qui accompagnent l'évolution des nodules lupiques s'accroissent tellement à la suite de dermatite, de lymphangite, d'érysipèle, etc..., que les membres inférieurs, la face, etc..., présentent le tableau clinique de l'éléphantiasis des Arabes. Nous ne nous attarderons pas à décrire ce lupus éléphantiasique qui est excessivement rare et nous passerons tout de suite à la partie de notre étude qui nous intéresse plus spécialement, à savoir : les preuves de la nature tuberculeuse du lupus.

NATURE TUBERCULEUSE DU LUPUS VULGAIRE

L'étiologie du lupus a été jusque dans les derniers temps entourée d'obscurité. On a voulu faire dériver de la syphilis et principalement de sa forme héréditaire certains genres de lupus : on pensait que le lupus était une espèce dégénérée de syphilis vraie, à peu près comme on pensait que la syphilis tertiaire se transmettait chez les descendants sous la forme de scrofulose des tissus et de la constitution. — Cependant la syphilis héréditaire se transmet toujours sous forme de syphilis, jamais sous forme de lupus et ce qu'on nommait le lupus syphilitique n'était qu'un syphiloderme capable de simuler le lupus, mais relevant de toute autre cause.

Le lupus a toujours été rattaché plus ou moins directement à la scrofulose. — Ce fait fut proclamé par l'École française, alors que l'École de Hebra ne voulait voir en lui qu'une maladie locale, *sui generis*.

Mais la scrofulose à ce moment était une affection mal définie, indice d'un état général où une

légère irritation du corps donnait lieu à une inflammation persistante aboutissant souvent à la suppuration et à la caséification. — Aussi, en acceptant une dépendance étiologique entre la scrofule et le lupus, la question ne pouvait faire encore de grands progrès, puisqu'on restait dans l'ignorance de la nature essentielle et de la pathogénie de la diathèse scrofuleuse.

Vinrent alors les travaux récents qui, par l'observation clinique tout d'abord, par les recherches histologiques ensuite, permirent d'identifier la scrofule et la tuberculose; les études expérimentales confirmèrent ce fait et, sans citer les expériences célèbres par lesquelles Villemin démontrait que la tuberculose est une maladie infectieuse, virulente, inoculable, celles de Martin où les inoculations en série permettaient de différencier nettement le pseudo-tubercule du tubercule vrai, nous rappellerons seulement que ces expériences et celles qui les ont suivies ont eu pour résultat de consacrer d'une façon irréfutable la doctrine de Laennec sur l'identité des lésions tuberculo-caséeuses, de permettre de s'affranchir de la loi posée par Louis que la tuberculose pulmonaire doit forcément accompagner la tuberculose des autres organes et en un mot d'autoriser à conclure maintenant que scrofule et tuberculose sont deux termes identiques, que la scrofule n'est que « la première étape, le premier âge de la tuberculose. » (Besnier.)

Il était donc naturel de rattacher le lupus à la tuberculose.

Aussi de nombreuses recherches cliniques, expérimentales, histologiques ont-elles, dans ces derniers temps, démontré jusqu'à l'évidence la nature tuberculeuse du lupus de Willan. Malgré l'autorité de Kaposi, la majorité des dermatologistes admet qu'il est une tuberculose cutanée peu virulente, *atténuée* ainsi que le démontrent la rareté des bacilles dans les recherches histologiques, l'évolution très lente des inoculations, enfin la marche torpide de cette affection.

Nous allons passer successivement en revue les preuves fournies *a)* par l'histologie, *b)* par l'expérimentation, *c)* par l'observation clinique.

a) PREUVES FOURNIES PAR L'HISTOLOGIE

L'étude du lupus a suivi, pour ainsi dire, pas à pas, dans ces vingt dernières années, celle de la tuberculose. « A mesure que la caractéristique de cette dernière change, progresse et se perfectionne, on retrouve toujours dans le lupus vulgaire la lésion requise pour mériter la qualification de tuberculeux. » (Du Castel). (1) Ainsi Schüppel, Kester, Friedlander (2) et d'autres découvrent

(1) Du Castel. *Union médicale*, mars 1892.

(2) *Annales de dermatologie*, 1883, p. 645, cités par Martin.

la cellule géante et en font la caractéristique du tubercule ; aussitôt Klebs et Langhaus dirigeant leurs recherches du côté du lupus l'y découvrent également et font de cette affection un genre de tuberculose cutanée. Mais Baumgarten, Kester, Heidenhain démontrent successivement que cette cellule géante ne saurait être considérée comme la caractéristique anatomique certaine de la tuberculose, qu'elle se retrouve dans nombre de lésions dont la nature non tuberculeuse ne saurait être discutée.

Friedlander (1), à son tour, montre l'importance du follicule tuberculeux pour la définition des tuberculoses locales. De nouvelles recherches sont faites et les nombreuses découvertes de ces follicules dans les éléments du lupus prouvent encore une fois sa nature tuberculeuse. Malheureusement le follicule ne tarde pas à subir le sort de la cellule géante et on le retrouve dans le pseudo-tubercule (Martin) (2).

Villemin démontre la nature infectieuse des lésions tuberculeuses et Koch trouve l'agent de cette infection, le bacille de la tuberculose. La découverte du bacille tuberculeux a une impor-

(1) *Berlin. klin. Wochens.* et *Virchow's Arch.* Band LX, 1874.

(2) H. Martin. Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des séreuses (*Arch. de physiologie*, p. 49, 1881) et Recherches sur les propriétés infectieuses des tubercules (*Ibidem*, p. 272).

tance capitale, car sa présence est un signe certain de tuberculose. En effet, la preuve qu'il est bien l'agent actif de cette maladie, comme la bactériodie est l'agent actif du charbon, c'est qu'il a pu être isolé, cultivé et inoculé avec succès. Son inoculation détermine chez les animaux la tuberculose plus sûrement encore que celle de fragments de tissu tuberculeux ; l'injection dans les veines de liquides chargés de bacilles détermine souvent une tuberculose aiguë rapide et généralisée.

Ce microbe caractéristique, il fallait le découvrir dans le tissu lupéux et on n'y arriva pas sans peine. Cornil et Leloir (1) sur onze cas de lupus ne trouvent de bacilles que dans un des cas et encore n'en découvrent-ils qu'un seul et chez un malade atteint en même temps de lupus et de tuberculose pulmonaire. Aussi concluent-ils à ce moment que si le lupus est une tuberculose locale, c'est en tout cas une tuberculose atténuée. « Peut-être le lupus doit-il ses propriétés négatives, l'absence habituelle de bacilles, la rareté des inoculations positives, à sa longue durée qui le rapproche des tubercules anciens devenus fibreux. On sait en effet que dans ces derniers il est très rare de trouver le bacille de la tuberculose. »

Cependant Pfeiffer (2), Doutrelepont (3), Deim-

(1) Cornil et Leloir. *Arch. de physiol.*, 1884, t. I, p. 325. et *Annales de dermatologie*, 1884, p. 486.

(2) Pfeiffer, *Berliner klin. Wochen.*, juillet 1883.

(3) Doutrelepont. *Ann. de dermatologie*, 1883, p. 453.

me (1), Sückardt, Kraüse (2) sont plus heureux dans leurs recherches et découvrent l'agent virulent dans de nombreux cas de lupus vulgaire, chaque fois en petite quantité, il est vrai.

Enfin, fait capital, le professeur Koch (3) dans sept cas de lupus trouve des bacilles, les cultive et produit par l'inoculation des produits de culture des tuberculoses généralisées des plus nettes.

Robert Morison (4), dans des recherches faites à Prague sur une dizaine de spécimens recueillis sur des lupeux du service du professeur Pick, malgré la rigueur des procédés employés, n'a jamais pu découvrir dans ses préparations le moindre bacille. Mais il ne croit pas qu'on puisse conclure de là à la non identité du lupus et de la tuberculose, rien, d'après lui, ne prouvant encore à ce moment que la valeur du bacille dans la tuberculose soit aussi grande que le pensent Koch et ses élèves. Les recherches pratiquées par le professeur Pick lui-même sont plus fructueuses et dans la relation qu'il en donne au congrès international des sciences médicales à Copenhague en 1884, il déclare avoir trouvé dans la plupart des

(1) Demme. *Berliner klin. Wochens.* n° 15, 1883.

(2) Sückardt et Kraüse. *Centralblatt für medic. Wissenschaften.* n° 29, p. 526.

(3) Cité par Leloir. Recherches sur la nature du lupus vulgaire, *Progrès médical*, 1884, p. 792.

(4) Du lupus et de ses rapports avec la tuberculose, par Robert B. Morison (*American journal of medical sciences*), avril 1884, p. 411.

lupus qu'il a examinés le même bacille que dans la tuberculose pulmonaire ; il en conclut que le lupus est une des formes de la tuberculose cutanée. (1)

Doutrelepont (2) de Bonn a trouvé des bacilles de Koch dans tous les cas de lupus qu'il a étudiés, ce qui ne veut pas dire qu'il en a trouvé dans toutes les coupes qu'il a faites. Au contraire, il insiste sur ce point que dans beaucoup de coupes les recherches restèrent négatives ; pour un examinateur superficiel, nombre de lupus eussent ainsi pu être considérés comme privés de bacilles et comme produits par une inflammation non spécifique et simple. Et pourtant si on continue les recherches, on finit par trouver quelques coupes dans lesquelles l'existence des bacilles ne peut laisser aucun doute.

M. Leloir (3), ayant depuis sa dernière communication examiné histologiquement deux nouveaux cas de lupus, y a découvert les bacilles de la tuberculose, mais ces bacilles sont très rares et doivent être recherchés sur un grand nombre de coupes.

MM. Feltz et Ehrman (4), son chef de travaux, ont fait nombre de préparations à l'aide de bourgeons

(1) *Ann. de dermatologie*, 1884, p. 542.

(2) *Ibidem*, page 538.

(3) Leloir. — Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus vulgaire et la tuberculose. — *Ann. de derm.*, 1886, p. 333.

(4) *Conférences pratiques d'anatomie pathologique*, 1886.

excisés de lupus pris chez des malades de la Maison de Secours. Après des recherches nombreuses, ils ont fini par découvrir presque à coup sûr les bacilles de Koch dans les éléments anatomiques des bourgeons excisés.

Les pièces durcies à l'acide chromique donnerent constamment des résultats négatifs ; les bourgeons durcis à l'alcool ont presque toujours permis de constater les bacilles de Koch dans les éléments anatomiques. Nous-mêmes, avec l'aide du D^r Zilgien, avons recherché les bacilles dans le pus provenant d'un lupus ulcéreux (observation III) ; il nous a été impossible de les découvrir.

Nous pouvons conclure de cette courte analyse, que l'élément caractéristique de la tuberculose, « le bacille », existe dans le tissu lupeux ; sa présence, en effet, a été décelée dans presque tous les cas examinés, et on peut ne pas tenir grand compte des faits négatifs, quand on songe à la rareté de ces microbes dans le tissu lupique et à la patience et à l'habileté qu'il faut pour les découvrir.

« Quand on voit Koch lui-même obligé d'examiner quarante-trois coupes avant de trouver un bacille, on peut se demander si, dans les cas signalés comme négatifs, la patience de l'observateur a été suffisamment persévérante ou si le hasard l'a mal servi, car il est impossible de se dissimuler qu'il faut quelquefois de la chance pour ne pas passer à côté du bacille tuberculeux, quand

on le recherche dans un tissu où il se montre aussipeu nombreux que dans le tissu lupique. » (1).

PREUVES FOURNIES PAR L'EXPÉRIMENTATION

En 1865, Villemin, convaincu de la spécificité de la tuberculose, démontre la virulence de ses produits et réussit à transmettre l'affection à d'autres êtres vivants par divers procédés, l'inoculation entre autres.

Quelques années plus tard, H. Martin pratique ses inoculations en série, qui permettent de bien différencier le faux tubercule, qui s'éteint dès le second terme de l'inoculation, quand il y parvient, du tubercule vrai, où la virulence augmente avec les termes, et d'affirmer que « le tubercule engendre seul le tubercule ».

Inspiré par ces travaux, Koch recherche l'agent de la virulence et découvre le bacille.

De ces découvertes successives, il résulte que, dans l'état actuel de la science, le diagnostic absolu de la tuberculose se résume en ceci : Constatation dans le tissu pathologique soit de la *virulence*, soit du *bacille*.

Nous avons précédemment analysé les recherches qui ont été faites pour découvrir le bacille dans le tissu lupeux ; nous allons maintenant

(1) Du Castel, *Union médicale*, mars 1892.

montrer que les inoculations, à leur tour, confirment les résultats bactériologiques. D'ailleurs, « si une seule méthode suffit à établir le diagnostic, quand l'une prouve la virulence et que l'autre montre le bacille, aucune des deux n'est infail-
lible, car, isolément, l'insuccès de l'inoculation, pas plus que la recherche vaine du bacille, ne prouve péremptoirement la non existence de la tuberculose ; aussi convient-il, lorsque le résultat d'une méthode est négatif, de recourir à l'autre comme moyen de contrôle » (Verneuil). (1)

Après avoir passé rapidement en revue les premières tentatives d'inoculation dont le peu de réussite relative est dû surtout aux procédés défectueux employés, nous analyserons les travaux récents de Cornil et Leloir sur la question, travaux qui démontrent de façon péremptoire la nature tuberculeuse du lupus.

Nous verrons qu'avec le perfectionnement progressif des procédés, les résultats deviennent de plus en plus favorables.

Max Schüller (2) injecte une bouillie de lupus dans la trachée d'un lapin trachéotomisé. Il provoque ensuite un traumatisme sur une articulation et trouve à l'autopsie une tuberculose double : pulmonaire et articulaire.

(1) Congrès pour l'étude de la tuberculose. 1^{re} session 1888, p. 420.

(2) M. Schüller. *Centralblatt*, 9 avril 1881.

Auspitz et Pick (1) de Prague, Kaposi de Vienne, pratiquent plusieurs inoculations sans résultat. Kiener (2) pratique des inoculations sur deux cobayes et, à l'autopsie, ne trouve dans aucun des organes la moindre trace de tuberculose.

En 1879, Leloir (3) inocule du lupus à deux chiens et six cobayes et ne réussit à produire ni tuberculose locale ou générale, ni lupus au point inoculé.

Conheim, Colomiatti (4) opèrent sans plus de succès.

Hueter (5) produit la tuberculose de l'iris par l'inoculation de lupus.

H. Martin (6) pratique sur 12 cobayes des inoculations en série de tissu lupeux, dans de bonnes conditions d'expérimentation: de ces douze cobayes, onze sont morts de tuberculose généralisée.

Koch (7) inocule dix-huit lapins dans la chambre antérieure de l'œil, huit cobayes sous la peau avec des fragments de lupus provenant de dix malades: toutes ces expériences ont eu des résultats positifs. Il pratique en outre des inoculations

(1) Auspitz et Pick, cité par Vidal, *Ann. de dermat.*, t. II, 1882, p. 460.

(2) Kiener. *Société méd. des hôpitaux*, 11 février 1881.

(3) Leloir. *Société de biologie*, séance du 30 décembre 1882.

(4) Colomiatti. *Ann. de dermat.*, 1880, t. I, p. 139.

(5) Hueter cité par Quinquaud, th. concours, 1883, p. 76.

(6) H. Martin. *Ann. de dermat.*, 1883, p. 655.

(7) Congrès de Copenhague, 1884. *Ann. de dermat.*, 1884, p. 539.

sur cinq cobayes avec des bacilles provenant de lupus et cultivés pendant 12 mois : ces cobayes devinrent tuberculeux comme les autres.

Doutrelepont (1) a inoculé huit lapins dans la chambre antérieure de l'œil avec des fragments de lupus provenant de six cas différents ; six de ces lapins eurent une tuberculose de l'iris. Dans un grand nombre d'expériences faites par lui sur diverses espèces d'animaux, les résultats sont restés invariablement positifs.

Jusqu'ici nous avons vu que les inoculations pratiquées par Cornil et Leloir avaient donné peu de résultats : aucune ou fort peu des inoculations hypodermiques de matière lupique faites par ces auteurs à des cobayes n'avaient réussi. — Un hasard d'expérimentation mit M. Leloir sur la voie d'une nouvelle méthode. Une inoculation intra-péritonéale n'ayant pas réussi chez un cobaye, un fragment de lupus vint se placer entre les lèvres de la plaie en même temps qu'un morceau d'épiploon hernié. — Deux mois après, au point d'inoculation se développa une tumeur qui s'ulcéra et prit l'aspect d'une gomme strumeuse du derme. A l'examen microscopique elle rappelait l'histologie d'une coupe de lupus. Le professeur Leloir profita de cette expérience et, la renouvelant, il put en inoculant sous la peau un fragment de

(1) Congrès de Copenhague, 1884. *Ann. de dermat.*, 1884, p. 539.

lupus accolé à un morceau d'épiploon produire des tuberculoses locales chez différents cobayes. — Il est arrivé depuis lors à des résultats constants en suivant certaines règles : il faut inoculer **non** pas de petits, mais de gros morceaux et cela probablement en raison de la minime quantité de bacilles qui se trouvent dans le lupus vulgaire. Il est nécessaire aussi, si on veut obtenir une tuberculose d'abord locale, de permettre au nodule lupeux de vivre dans l'hypoderme et pour cela de le mettre en communication avec l'épiploon. — Il faut choisir un animal favorable : lapin et mieux encore cobaye, inoculer dans un milieu approprié : le lapin donne toujours des résultats négatifs quand on l'inocule dans l'hypoderme ; on peut réussir parfois en faisant ces inoculations dans la chambre antérieure de l'œil. On doit inoculer le cobaye dans le péritoine et on obtient rapidement des résultats. — Enfin il ne faut pas sacrifier l'animal au bout d'un temps trop court, car la tuberculose consécutive à l'inoculation de produits lupeux évolue lentement.

Voici d'ailleurs les conclusions de M. Leloir (1) : « Le lupus doit être considéré comme une tuberculose tégumentaire, peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général distincte de la tuberculose vulgaire, classique, par ses caractères spéciaux qui peuvent se résumer ainsi :

(1) Leloir. *Bulletin Médical*, 1891, p. 819.

- 1^o Petit nombre de bacilles.
- 2^o Nécessité d'inoculer de gros morceaux.
- 3^o Nécessité d'inoculer dans un milieu favorable.
- 4^o Nécessité d'inoculer un animal favorable.
- 5^o Lenteur de l'infection de l'animal.

Et il termine ainsi :

Les faits que j'ai observés me portent à admettre que dans l'état actuel de la science le lupus doit être considéré comme une tuberculose peu virulente, mais en somme comme une tuberculose ».

De là relation que nous venons de faire, nous pouvons donc conclure que, si les premières recherches sur les inoculations du lupus ont été peu favorables, la cause en était à l'imperfection de la technique opératoire. Plus les procédés se perfectionnent, meilleurs deviennent les résultats, et aujourd'hui on peut admettre que toute inoculation de tissu lupeux faite avec soin et d'après les indications formulées plus haut, aboutira à la tuberculose.

Nous pourrions rappeler ici les résultats donnés par la lymphe de Koch chez les lupeux ; mais cette méthode, qui devait fournir un moyen sûr de diagnostic, « grâce auquel le médecin allait enfin posséder à l'égard de la tuberculose des données positives », a perdu maintenant son infaillibilité et est tombée dans un juste oubli.

PREUVES CLINIQUES

Nous arrivons maintenant à la troisième partie de notre argumentation : « aux preuves fournies par l'observation clinique ».

C'est dans la clinique que les adversaires du principe de l'identité du lupus et de la tuberculose ont puisé longtemps leurs meilleurs arguments et c'est elle qui maintenant encore leur fournit leurs objections les plus sérieuses. La clinique, disent-ils, démontre que le caractère, l'évolution du lupus restent typiques et ne ressemblent en rien à ceux des autres formes de tuberculose : le lupus garde toujours son type clinique originel et se distingue aussi nettement de la scrofulose que de la syphilis et de la lèpre ; en outre, il n'est pas héréditaire et enfin ne mène pas à la tuberculose.

M. Besnier, depuis longtemps, a fait justice de ces allégations, et bien avant que l'histologie et l'expérimentation viennent donner à sa théorie l'appoint de leurs méthodes, il a proclamé, au nom de la clinique, que le lupus n'est qu'une tuberculose au même titre que la tuberculose la

plus généralisée, que la différence ne réside que dans le degré d'intensité et de rapidité d'une même maladie aboutissant au même résultat.

Aujourd'hui, la constatation de la présence des bacilles et les résultats positifs fournis par les inoculations ont mis fin à la discussion et tranché pour toujours les questions relatives à la nature du lupus. Nous allons voir que les faits cliniques mieux observés ont montré, eux aussi, les rapports fréquents du lupus et de la tuberculose.

Et, tout d'abord, il nous semble qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que la symptomatologie du lupus diffère de celle de la tuberculose proprement dite. N'observe-t-on pas ces différences dans la tuberculose pulmonaire elle-même ? La phtisie torpide, qui enlève le malade au bout de plusieurs années, n'a certainement pas les mêmes symptômes que la phtisie galopante qui, simulant parfois une dothiéntérie, enlève le sujet en quelques semaines. Le lupus lui-même ne se présente-t-il pas sous des formes bien diverses ? Le lupus, si bénin du centre de la joue, a une évolution bien différente de celle de la forme galopante, serpigineuse. Et pourtant c'est toujours du lupus.

L'hérédité du lupus, niée par Kaposi, est rarement constatée en tant que lupus (Duhring), mais est évidente comme tuberculose. Cependant, il nous semble qu'il est possible qu'elle joue un rôle

non seulement dans le développement de la maladie, mais encore prédispose à des localisations déterminées.

Renouard, dans sa thèse de doctorat, avait déjà, parmi les 388 observations qu'il relate, signalé un certain nombre de cas d'hérédité ou de collatéralité dans l'affection lupeuse. Dans deux cas, le père présentait un lupus avéré, dans un troisième c'était la mère, et dans huit autres le lupus atteignait soit un frère, soit une sœur.

Dans une statistique de 105 cas de lupus observés à la clinique du professeur Czerny à Heidelberg, l'auteur signale onze observations où il y avait des antécédents héréditaires nettement lupoïdes. Dans l'un des faits, une sœur et un neveu de la mère du patient étaient atteints de lupus; sept autres des malades avaient une sœur souffrant de la même affection, et enfin une dernière avait sa mère qui présentait également un lupus. De ces onze malades, deux seulement ont échappé à la généralisation tuberculeuse, mais dans la famille de tous sans exception, on avait pu relever maint cas de tuberculose.

Enfin, nous ajouterons deux observations qui nous paraissent tout à fait instructives.

OBSERVATION I

(A. Ollivier.)

Hérédité du lupus. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Tome III, 1^{er} fascicule.

F... (Albertine), âgée de 13 ans, est admise dans le service de M. Ollivier, le 8 mars 1888, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Son père est vivant et bien portant. De son côté, on ne relève aucun antécédent de tuberculose. Du côté maternel, l'hérédité est malheureusement beaucoup moins satisfaisante.

Sa mère est morte à 36 ans de phtisie pulmonaire. Sa famille a présenté des manifestations tuberculeuses variées et de différents sièges. Un frère, atteint d'une carie costale, a présenté, pendant plusieurs années, une ulcération de la paroi thoracique et a fini par mourir de tuberculose pulmonaire. Il avait été traité autrefois à l'hôpital Saint-Louis pour un lupus tuberculeux de la jambe. Une de ses filles, âgée de 12 ans, est chétive, mal portante ; elle a un lupus de l'oreille droite pour lequel on lui a fait aussi, à différentes reprises et dans le même établissement, des cautérisations ponctuées.

Une sœur de la mère de la jeune malade présente des phénomènes suspects du côté du poumon et un lupus ulcéré de la joue gauche.

Enfin, pour en finir avec cette famille, disons que l'enfant a deux sœurs. L'aînée, qui a 12 ans, tousse presque continuellement et offre des signes non équivoques de tuberculose ; quant à la plus jeune, elle s'est bien portée jusqu'ici.

Notre petite malade a été atteinte elle-même, vers l'âge de 2 ans, d'une affection aiguë que le médecin aurait appelée fièvre cérébrale. Une plaque de lupus, peu étendue, se serait montrée peu de temps après sur la joue gauche. On la laissa environ trois ans sans aucun traitement. Au bout de ce temps on lui fit successivement, et sans grand résultat, des cautérisations au thermo-cautère et des scarifications.

A l'heure actuelle, une plaque circulaire de 4 centimètres environ de diamètre occupe la joue gauche ; çà et là, on rencontre d'épaisses croûtes jaunes séparées par des espaces d'un rouge vif. La coloration des bords est rosée et s'atténue peu à peu. En touchant ceux-ci, on sent des tubercules assez durs, occupant la profondeur du derme. En promenant le doigt dans la bouche, sur la face interne des joues, au niveau des points correspondant à la région malade, on éprouve la sensation d'une surface résistante irrégulière ; la muqueuse présente sa coloration normale. La plaque de lupus saigne au moindre contact ; elle n'est pas douloureuse ; il n'existe pas de lupus ailleurs.

Cette fillette est très peu robuste, mais elle ne tousse pas et, à l'auscultation, on ne trouve rien dans la poitrine.

Elle resta dans le service jusqu'au mois de juillet 1889. On lui prescrivit de l'huile de foie de morue à haute dose et tous les huit jours on fit des cautérisations au galvanocautère. Sous l'influence de ce traitement, plusieurs points du lupus devinrent scléreux.

La malade sortie de l'hôpital y rentra au mois de mars 1890 ; la plaque de lupus mesurait alors 5 centimètres de diamètre.

OBSERVATION II

(Personnelle.)

S..., Catherine, âgée de 39 ans, internée à l'asile d'aliénés de Maréville depuis 19 ans.

Hérédité. — Mère encore vivante, mais de constitution faible. Père mort de phtisie pulmonaire. Un seul frère qui, dans son enfance, a présenté différentes manifestations scrofuleuses : adénopathies suppurées sous-maxillaires et cervicales, écoulements purulents des oreilles, et qui a deux enfants dont l'un est bien portant et l'autre, âgé de cinq ans, est actuellement atteint d'un loup à la face.

A eu trois sœurs dont deux sont en vie et ont, comme leur frère, offert, pendant leur jeunesse, des signes non équivoques de scrofule, pour lesquels elles ont été admises à l'hospice spécial de Saint-Marcourt, à Reims. L'autre sœur est morte à l'âge de 3 ans et présentait, à ce moment, un loup très étendu qui avait envahi non seulement la face, mais encore diverses parties du corps.

Antécédents personnels. — La malade a elle-même des antécédents scrofuleux très nets du côté du cuir chevelu, des yeux, des oreilles ; elle a eu de nombreuses adénopathies suppurées cervicales et sous-maxillaires, accidents qui l'ont fait admettre également à l'hospice de Saint-Marcourt où elle est restée 9 ans. — Pas de signes anciens de syphilis.

Etat actuel. — La malade présente de nombreuses cicatrices d'abcès froids et a encore un écoulement purulent continu des deux oreilles. Elle tousse quelque peu et parfois expectore des crachats sanguinolents et purulents.

A l'auscultation on constate une respiration rude au sommet droit, nette au sommet gauche, pas de râles et, malgré les nombreuses lésions dont elle est affectée, la malade garde un état général relativement satisfaisant.

Le lupus a débuté à l'âge de 12 ans par l'apparition, à la joue, d'un bouton indolent, rouge, qui peu à peu s'est étendu, a envahi le nez et la plus grande partie du visage.

La face est le siège d'une vaste plaque cicatricielle sur laquelle sont semés des tubercules et recouverte par places de squames psoriasiformes; le nez est en partie détruit, l'un des yeux est complètement perdu, la paupière inférieure de l'autre, forme un ectropion considérable; le lupus a envahi le cuir chevelu, les parties antérieures et latérales du cou, l'épaule gauche où il forme une plaque de 3 centimètres de diamètre environ, le genou droit où se trouve une plaque saillante, rouge brun, de deux centimètres de diamètre. La moitié inférieure des deux bras, l'avant-bras sont envahis par un vaste placard lupeux aux tubercules rouge brun nettement saillants; au bras gauche ces tubercules sont recouverts en certains points de pellicules argentées représentant assez bien les squames du psoriasis. Les doigts sont déformés, quelques-uns ankylosés; les articulations des deuxième et troisième phalanges de l'index et de l'annulaire, celle de la première avec la deuxième phalange du pouce sont le siège d'arthrites suppurées.

Comme traitement on n'applique plus à cette malade que la médication interne basée surtout sur l'emploi de l'huile de foie de morue à hautes doses et, si nous avons relaté son observation, ce n'est qu'à cause des particularités héréditaires que nous allons étudier.

Réflexions. — Observation I. — 1^o La tuberculose a sévi exclusivement dans la ligne maternelle.

2° De ce côté elle a frappé 5 personnes : la mère de la malade, sa tante, son oncle, sa cousine, sa sœur. Sur ces 5 personnes, deux n'ont présenté que de la tuberculose pulmonaire à forme ordinaire (la mère et la sœur de l'enfant). Chez les 3 autres, nous relevons les tuberculoses pulmonaire et osseuse 1 fois, et la tuberculose cutanée 3 fois. En comptant la petite malade, nous arrivons donc à cette conclusion que, sur 6 personnes dont 5 manifestement affectées de tuberculose pulmonaire, issues toutes de la même origine, 4 ont été affectées de *lupus*.

Observation II. — Nous trouvons que, des parents de cette malade, la tuberculose n'a épargné jusqu'ici que sa mère et un des enfants de son frère. Tous les autres : son père, son frère, son neveu, ses trois sœurs, ont eu des manifestations tuberculeuses et deux d'entre eux : sa sœur et son neveu, ont été atteints de *lupus*. — En ajoutant notre malade, nous voyons que, sur 7 personnes de même origine, 3 ont été affectées de *lupus*.

Ces faits ne semblent-ils pas venir à l'appui de ce que nous avançons tout à l'heure, à savoir que l'hérédité prédispose à des localisations déterminées?

Quoi qu'il en soit, les antécédents tuberculeux autres que la tuberculose cutanée sont beaucoup plus fréquents encore chez les *lupiques* et chez

nombre d'entre eux on peut retrouver ces antécédents chez les ascendants ou les collatéraux.

M. Renouard, dans sa thèse, n'établit pas de statistique basée sur l'hérédité tuberculeuse, mais la statistique du professeur Czerny, déjà citée, nous donne sur 105 malades observés :

Antécédents tuberculeux du côté du père	23
soit	22 0/10
Antécédents tuberculeux du côté de la mère	27
soit	26 0/10
Antécédents tuberculeux du côté des frères ou sœurs	31
soit	29 0/10

Il nous reste maintenant à examiner si le lupus coïncide souvent avec la tuberculose pulmonaire chez le même malade et s'il mène à la phtisie.

Gintrac un des premiers remarque « que le lupus ulcéreux coïncide souvent avec la tuberculose ».

Tilbury Fox (1) constate « que la maladie semble avoir une prédilection marquée pour les sujets tuberculeux et que dans une proportion marquée, les lupiques sont phtisiques ou ont une tendance à le devenir ».

Kaposi (2) déclare que le lupus même très

(1) Tilbury Fox. *Maladies de la peau*, 3^e édition, 1837, p. 374.

(2) Kaposi et Hebra. *Traité des maladies de la peau*, trad. Doyon, 1878.

étendu n'a aucune influence fâcheuse sur l'état général; « des sujets affectés de lupus presque généralisé peuvent présenter le meilleur aspect, être robustes et n'avoir aucun trouble fonctionnel; des femmes ainsi atteintes peuvent mettre au monde des enfants sains et vigoureux ». Plus loin cependant, il reconnaît que « dans le cours d'un lupus étendu, on a vu souvent se manifester des symptômes de chlorose, l'amaigrissement, quelquefois même la phtisie pulmonaire avec ses conséquences connues, la mort pouvant s'en suivre ».

Pour Neumann (1), la tuberculose pulmonaire vient assez souvent compliquer le lupus et quelquefois présente une issue funeste.

M. Lailler (2) croit « les lupiques exposés à contracter la tuberculose pulmonaire. Elle est chez eux, dit-il, une cause *fréquente* de mort; parfois elle revêt la forme *aiguë*, le plus souvent elle est torpide et se prolonge très longtemps.

La clinique a démontré à M. Besnier que le lupus était une tuberculose locale et il en déduit, avec preuves à l'appui, que les lupeux sont de futurs phtisiques.

La statistique de M. Renouard donne, sur 87 lupeux examinés dans le service de M. Besnier pen-

(1) Neumann. *Traité des maladies de la peau*, trad. Darin, 1883, p. 433.

(2) Lailler, th. Quinquaud. Communication écrite.

dant le cours de l'année 1883, une proportion de 33 malades atteints de tuberculose pulmonaire aux diverses périodes, soit une moyenne de 40 0/0 environ ; enfin 137 observations de lupiques prises dans le même service en 1882 fournissent une proportion de 15 cas de tuberculose pulmonaire avec état général et signes stéthoscopiques manifestes, donc 119 ; mais ici, de même que dans la statistique suivante de M. Lailler, on ne s'est arrêté qu'aux manifestations d'auto-infection assez accentuées pour forcer l'attention des moins prévenus. Chez M. Lailler on trouve, sur 171 lupoxy observés, 26 cas d'auto-infection à différents degrés d'évolution, soit 16 environ.

Enfin les 105 cas de lupus relevés dans la thèse d'E. Sachs (1), de 1877 à 1886, et sur lesquels l'auteur a pu avoir des renseignements précis, donnent un chiffre de 66 patients atteints d'auto-tuberculose, soit plus de 60 0/0, et en outre parmi les 39 autres malades, 24 présentaient des antécédents héréditaires manifestes.

Dans les six observations que nous avons réunies, nous relevons :

Antécédents tuberculeux du côté du père, 1	(16 0/0)
Antécédents tuberculeux du côté de la mère, 1	(16 0/0)
Antécédents tuberculeux du côté des frères et sœurs, 3	(50 0/0)

(1) Eugen Sachs. *Beitrage zur Statistik des Lupus*, Inaugural Dissertation, Heidelberg, 1886.

Manifestations tuberculeuses autres que	
le lupus 3	(50 010)
Coïncidence de la tuberculose pulmonaire, 1	(16 010)

Nous le voyons, tuberculose et lupus coïncident fréquemment et cette coïncidence n'est pas l'effet du pur hasard, mais bien plutôt due à ce que le lupeux d'abord tuberculeux localement est devenu tuberculeux *totius substantiæ*. Cette généralisation marche lentement ; de longues intermittences existent entre chacune des poussées qui se font vers les régions centrales. « L'invasion se fait par crises passagères séparées par de longues accalmies. » (Besnier.) La longue durée de la généralisation lupique est cause que le médecin ne pouvant suivre son malade pendant tout le temps de l'évolution, la grande majorité des observations reste sans résultat final ; d'ailleurs la phtisie chez les lupeux est toujours de celles qu'il faut rechercher (Grancher).

Cette coïncidence du lupus et de la tuberculose n'existe cependant pas toujours. On voit des lupus durer 30, 40 ans sans jamais s'accompagner de lésions concomitantes pulmonaires et enfin les manifestations tuberculeuses peuvent, mais plus rarement, affecter d'autres organes : les articulations, l'intestin, les méninges, la plèvre.

Nous pourrions peut-être ajouter à ces preuves cliniques de la nature tuberculeuse du lupus le mode d'origine de l'affection dans deux de nos cas.

Dans l'observation I, la malade bien portante, sans antécédents héréditaires, épouse un individu phtisique. Un an après son mariage elle est atteinte d'un lupus à la face. Ne serait-il pas juste, au cas particulier, d'incriminer la contagion ?

Enfin notre dernier malade (observation IV) ferrant un cheval atteint d'une lésion scrofuleuse du sabot (crapaud) reçoit à l'aile droite du nez un éclat de fer qui produit une écorchure. Il porte instinctivement sa main imprégnée de matières provenant de la plaie du cheval à cette petite ulcération ; quelque temps après son nez devient dur, douloureux et le lupus débute à l'endroit même où il a été blessé. N'est-on pas en droit de penser que le malade s'est ainsi inoculé, expérimentalement pour ainsi dire, une tuberculose locale ?

CHAPITRE II

TRAITEMENT DU LUPUS

Le traitement du lupus a passé par les phases les plus diverses. Chaque dermatologiste, s'inspirant des idées de son temps, a proposé un procédé curatif nouveau. On a abouti ainsi à un nombre considérable de méthodes qui ont, sans doute, à leur actif de bonnes et solides guérisons mais dont le passif, comme nous le verrons dans l'analyse rapide que nous en allons faire, peut compter une forte part d'insuccès, sans parler de la douleur, de la lenteur désespérante et de la proportion sensible des cicatrices vicieuses et des brides saillantes.

Devergie, qui fut d'ailleurs le premier à bien reconnaître la nature clinique de cette affection, abandonna tour à tour les préparations iodées, sulfureuses, hydrargyriques, montrant par là com-

bien elles lui avaient été infidèles, à lui comme à ses devanciers. De ces méthodes diverses il n'avait voulu retenir que le traitement interne par l'huile de foie de morue employée à hautes doses, le regardant comme le spécifique du loup. Mais, comme tout promoteur, il avait fondé sur lui de trop belles espérances. Aussi on ne tarda pas à revenir au traitement externe, en l'associant à un régime reconstituant, et nous voyons successivement proposer une foule de procédés devant agir directement sur les surfaces atteintes. On essaie tous les topiques connus, pommades irritantes, caustiques plus ou moins violents. Mais on ne tarde pas à se convaincre qu'en les employant, on n'atteint pas le but ou on le dépasse. En effet, tantôt l'effet utile est nul, tantôt les escharifications produites sont si profondes qu'il en résulte des cicatrices vicieuses, des difformités irrémédiables : le remède est inefficace ou pire que le mal.

De nos jours où la chirurgie étend de plus en plus son domaine, où tout dermatologue doit, semble-t-il, être doublé d'un chirurgien, les topiques sont relégués au second plan et on préconise avant tout comme moyens pratiques de guérir la lésion sans défigurer le malade des procédés chirurgicaux combinés ou non avec l'emploi d'antiseptiques ou de caustiques divers. Ces essais, nous le reconnaissons, ont été heureux et ont abouti à des méthodes vraiment efficaces.

La thérapeutique du lupus est complexe et comporte deux indications :

1° Modifier le terrain sur lequel évolue l'agent infectieux.

2° Appliquer un traitement local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement interne a toujours été aussi en honneur en France, qu'il l'était peu à l'étranger où, suivant les préceptes de l'école de Vienne, on admettait que tout, dans le lupus, est dans la lésion cutanée et que le traitement interne est inutile. Il n'est pas aujourd'hui de dermatologiste qui, afin d'opérer sur un terrain plus favorable, moins apte à l'infection tuberculeuse, ne prescrive un traitement interne, le faisant précéder de plusieurs semaines, parfois de plusieurs mois, l'intervention opératoire. La seule ressource sera, puisque nous n'avons pas de substance agissant d'une façon spécifique sur l'élément lupeux, de modifier le terrain par les toniques, l'alimentation et l'hygiène. On pourra alors employer ces agents qui, ayant une action locale nulle, peuvent cependant « rendre grand service aux lupeux de toute espèce, ne fût-ce qu'à titre préventif et prophylacti-

que » (E. Besnier) : l'arsenic, le soufre, le chlorure de sodium et au-dessus de tous l'huile de foie de morue dont nous ferons plus loin une étude spéciale. Nous nous contenterons de signaler la « méthode de Koch », dont une courte expérience a déjà fait justice.

TRAITEMENT LOCAL

La liste des procédés ou agents préconisés tour à tour serait trop longue pour que nous puissions l'entreprendre ; aussi, éliminant tous ceux que le temps et l'expérience ont fait rejeter, nous bornerons-nous à étudier ceux qui semblent dignes d'être recommandés.

Nous diviserons le traitement local en chirurgical et médicamenteux.

A. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Il comprend cinq méthodes principales : 1° Ablation du lupus ; 2° Electrolyse ; 3° Raclage ; 4° Scarifications ; 5° Cautérisations ignées.

1° Ablation du *lupus*.

L'ablation proposée par Hopp de Bonn semble de prime abord des plus rationnelles : n'enlève-t-on pas journellement un testicule, un ganglion tuberculeux, ne pratique-t-on pas des arthrectomies pour des tumeurs blanches articulaires ?

Cependant, cette méthode a été abandonnée, car elle n'est que trop souvent rendue impossible par le siège, l'étendue en surface et en profondeur du délabrement et des cicatrices consécutives toujours affreuses au visage ; la nature tuberculeuse de l'affection à traiter nous rend encore plus réservé sur cette manière d'agir, qui expose aux auto-inoculations. On a pensé pouvoir parer à quelques-uns de ces inconvénients par l'autoplastie (Weber), par les greffes cutanées (Hahn (1), Schwartz (2), Vautrin (3)). Malgré ces modifications heureuses, découvertes successivement, cette méthode, bonne en certains cas, n'en demeure pas moins exceptionnelle, et, pour en attendre de bons résultats, il faut attaquer le mal à son début, quand il est de petites dimensions, bien limité, de façon à le circonscrire comme une tumeur maligne.

(1) *Centralb. f. Ch.*, 1883, n° V.

(2) *Soc. ch.*, 3 décembre 1890.

(3) *In* Thèse Baur, Nancy, 1891.

2° *Electrolyse.*

L'électrolyse préconisée par Gartner, Lustgarten, Hardaway, etc., n'aurait pas donné à Leloir d'aussi bons résultats et cet auteur l'a délaissée complètement.

Elle ne serait applicable que dans des cas très limités ou pour améliorer des cicatrices consécutives à la guérison du lupus : ces quelques avantages ne compensent pas l'inconvénient de nécessiter un appareil compliqué et d'exiger de nombreuses séances.

3° *Scarifications.*

Les scarifications employées d'abord par Volkmann et Balmanno Squire ont été vulgarisées et érigées en véritable méthode par Vidal. Par ce moyen, on entrave rapidement l'extension du lupus vorax, les cicatrices obtenues sont remarquablement belles, ne présentant ni saillies, ni dépressions, n'amenant pas d'atrésie au niveau des orifices naturels ; mais à quel prix ces résultats sont-ils atteints ? Il faut un très grand nombre de séances douloureuses, déterminant chaque fois un écoulement de sang abondant ; aussi la longue

durée de ce procédé, qui chiffre par des mois et même des années, le fait-elle abandonner de guerre lasse par la plupart des malades qui s'y soumettent tout d'abord. — L'auto-inoculation est d'ailleurs à craindre ici comme dans l'extirpation.

4° *Cautérisations ignées.*

a) Les cautérisations ignées, pratiquées en masse, produisent d'aussi grands délabrements que l'extirpation et méritent donc les mêmes reproches. — Elles sont inapplicables dans les vastes lupus de la face et leur emploi, nous semble-t-il, doit être également délaissé quand il s'agit de traiter les lupus des autres régions. — Il faut, en effet, lorsqu'on intervient aussi activement, faire en une seule séance une opération radicale. — Or, sous l'action du calorique employé, les tissus changeant de consistance, on ne peut plus, au cours de l'opération, distinguer les parties saines des parties malades; tout semble induré au doigt explorateur; on agit à l'aveugle, en s'exposant à faire trop ou pas assez.

b) Les cautérisations interstitielles fragmentées, pratiquées au moyen des pointes fines du thermocautère ou du galvanocautère, sont plus recommandables : les résultats obtenus par E. Besnier sont

très heureux. — Ce traitement n'en est pas moins une méthode d'exception longue, douloureuse; on ne saurait l'employer contre de vastes placards lupeux, pas plus que dans les formes fongueuses, congestives, où l'action de la cautérisation se trouve en quelque sorte arrêtée après une première application, par les tissus plus ou moins carbonisés qui viennent encrasser les pointes fines du thermocautère ou du galvanocautère. — Cette méthode, on le voit, ne peut être généralisée à tous les cas; elle rend surtout des services pour attaquer et détruire les récidives du lupus se faisant dans les cicatrices sous forme de tubercules miliaires isolés.

5° *Raclage.*

Le raclage, par la simplicité de son manuel opératoire, serait la méthode le plus à la portée du praticien et la mieux appropriée à tous les cas; mais l'expérience nous apprend qu'après le raclage le mieux fait tout n'est pas fini pour le médecin: il lui faut surveiller attentivement le bourgeonnement des parties raclées; l'opération, si bien menée qu'elle puisse être, ne peut atteindre tout le tissu pathologique enchâssé dans les anfractuosités du derme et l'on voit bientôt se reproduire dans la cicatrice des infiltrats lupeux plus ou

moins étendus et plus ou moins nombreux. Aussi voyons-nous Leloir qui préfère cette méthode à toutes les autres, compléter ses séances de raclage par des cautérisations chimiques. — Nous ajouterons enfin que c'est un traitement douloureux, qui exige le plus souvent l'emploi de l'anesthésie et expose aux auto-inoculations, c'est-à-dire tout à la fois à la réinoculation locale et à l'infection générale.

B. — TRAITEMENT LOCAL MÉDICAMENTEUX.

De nos jours, son emploi semble quelque peu délaissé ou du moins n'être généralement utilisé que pour compléter le traitement chirurgical. Les préparations employées peuvent se ranger sous deux chefs :

a) Les unes, véritables caustiques chimiques, amènent la destruction du lupus par ulcération produite soit par des cautérisations interstitielles, soit par des cautérisations en masse. Les cautérisations interstitielles n'ont pas donné de résultat bien satisfaisant ; les insuccès dépendent probablement de ce que les agents injectés ne diffusent pas suffisamment pour détruire le néoplasme lupeux ; cette méthode ne peut s'appliquer qu'à certains cas exceptionnels.

Les cautérisations en masse par applications médicamenteuses ont été successivement abandonnées, car, selon les substances employées, le résultat est insuffisant ou précaire, les cicatrices sont difformes et irrégulières et l'on peut observer des phénomènes d'intoxication. Les guérisons sont exceptionnelles, mettent des mois, des années à se produire et parfois, après bien des souffrances, le patient ne retire aucun bénéfice du traitement (Devergie). — De l'avis de tous, les cautérisations chimiques sont inférieures aux cautérisations thermiques et ne peuvent que compléter certaines méthodes chirurgicales précédemment étudiées.

b) Le traitement local médicamenteux agit ici sans amener la nécrose ulcéreuse du lupome. D'une façon générale, ce traitement a pour base les préparations saturnines, mercurielles, iodées, les solutions de perchlorure de fer, de soude, de potasse, etc., la résorcine, l'ichtyol, l'iodoforme, les solutions ou pommades étendues à l'acide chrysophanique, pyrogallique, salicylique. Beaucoup de ces substances ne donnent pas de résultats satisfaisants; cependant toutes sont loin de mériter l'oubli où on les a laissées. Ainsi l'ichtyol en pommade concentrée aurait amené la guérison complète de plusieurs cas de lupus papillomateux.

Doutrelepont(1) aurait obtenu de brillants succès

(1) *Annales de dermatologie*, 1884, p. 156.

par l'application sur les parties malades de compresses imbibées d'une solution de sublimé au millième.

Leloir (1) aurait réussi dans plusieurs cas en se servant d'une formule préconisée par Brooch, de Manchester. Appliquer sur le placard lupeux :

Oléate de mercure (2 1/2 à 5 0/0)	30 gr.
Ichthyol	0 gr. 50.
Acide salicylique	1 gr.
Huile de lavande	q. s.

Masser la partie atteinte 20 minutes matin et soir, l'enduire ensuite d'une couche de cette pommade, puis poudrer avec une poudre inerte (talc).

Enfin Schwimmer (2), de Budapest, publie en 1884 les heureux résultats qu'il obtient de l'emploi d'une pommade à l'acide pyrogallique à 10 ou 15 0/0, suivi au bout de trois à cinq jours de l'application de l'emplâtre mercuriel. E. Besnier, dans la courte analyse dont il fait suivre l'exposé de cette méthode, reconnaît que dans les cas publiés les cautérisations n'auraient peut-être pas produit mieux dans un espace de temps égal ; les récidi-
ves ne sont pas plus probables qu'à la suite des traitements chirurgicaux.

Nous pourrions nous étendre davantage sur les diverses substances agissant électivement sur le lupus, mais, par cette courte analyse, nous avons

(1) *Annales de dermatologie*, 1890, p. 589.

(2) *Annales de dermatologie*, 1884, p. 402.

voulu simplement montrer que le traitement chirurgical n'est pas le seul qui mérite l'attention des praticiens et que des pansements appropriés peuvent donner également de bons résultats. Nous sommes loin de méconnaître la haute valeur des différents procédés chirurgicaux ; nous admettons facilement que les scarifications, le raclage, les cautérisations tiennent une place importante parmi les différents moyens que nous possédons de lutter contre le lupus. Mais, à côté de leurs très grands avantages, ces méthodes présentent des inconvénients sérieux. Elles ne peuvent s'attaquer qu'à des lésions de peu d'étendue, sont toutes très douloureuses, exigent souvent de très nombreuses séances, exposent à des cicatrices difformes, à des récidives fréquentes ; enfin l'anesthésie souvent nécessaire, les difficultés opératoires font que seul un nombre restreint de praticiens peut les employer avec succès. Certains lupus, d'ailleurs, véritables *noli me tangere* sont exaspérés par les interventions chirurgicales les plus minimales et les malades se refusent à toute opération nouvelle, « les uns à cause des poussées qui suivent chaque intervention, les autres à cause des phénomènes généraux qu'elles excitent régulièrement chez eux ». (E. Besnier.) (1)

Mais, nous semble-t-il, la critique la plus grave qu'on puisse formuler contre celles de ces métho-

(1) E. Besnier, *Annales de dermatologie*, 1884, p. 404.

des qui sont sanglantes : rugination, scarifications, extirpation, c'est qu'elles exposent par inoculation traumatique, non seulement à la propagation de la lésion dans les tissus voisins, mais encore à la généralisation tuberculeuse. Nous ne saurions mieux faire en terminant que citer l'opinion d'un des maîtres actuels de la dermatologie : « De même que le professeur Verneuil incrimine, à juste titre, certaines pratiques de traitement mécanique des affections locales tuberculeuses comme capables de produire une auto-infection, mon observation personnelle me porte à penser qu'indépendamment des réinoculations locales, les scarifications favorisent ou produisent l'auto-infection des opérés, augmentent le nombre des lupoïdes qui deviennent phthisiques ou favorisent et activent cette infection. En voilà plus qu'il n'en faut pour condamner les scarifications appliquées au traitement du lupus, de la même manière et au même titre que toutes les autres méthodes sanglantes et comme pour toutes les tuberculoses locales, quelles qu'elles soient » (1).

(1) Besnier, *Annales de dermatologie*. Tome IV, p. 399.

CHAPITRE III

DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE

L'huile de foie de morue, employée de temps immémorial parmi le peuple, en Angleterre, en Hollande, sur le littoral du nord de l'Allemagne, dans le traitement du rhumatisme et du rachitisme, n'a été introduite dans la thérapeutique qu'au commencement du siècle par deux médecins anglais Perceval et Darbey. Sa fortune a été rapide et à l'encontre de bien d'autres médicaments qui n'ont qu'une durée éphémère, son importance depuis lors n'a cessé de grandir ; on peut dire qu'elle est une des acquisitions les plus précieuses de la thérapeutique moderne.

Dans le rachitisme, dans la scrofule, dans les différentes formes de tuberculose, son efficacité n'est contestée par personne et elle est maintenant d'un

usage banal. Son emploi interne contre le lupus a donné également d'excellents résultats ; personne n'ignore « les guérisons presque merveilleuses » (Trousseau et Pidoux) que MM. Emery, Devergie, Gibert, Bazin ont obtenu, dans cette dernière maladie, au moyen de l'huile de foie de morue employée à très hautes doses.

Aussi croyons-nous ne pas devoir insister sur son utilité admise par tous, en tant que médication interne, et nous semble-t-il plus rationnel de rechercher, pour justifier notre nouvelle méthode, les différents emplois qu'on a pu en faire à l'extérieur.

En 1831, M. Guérard (1) fait mention de l'emploi externe de l'huile de foie de morue contre les exanthèmes scrofuleux. Il dit avoir guéri la teigne par des frictions avec cette huile employée précédemment à l'intérieur, pendant un an, sans le moindre succès.

Quelques années plus tard, M. Koop (2) conseille l'usage de cette huile en cataplasmes contre toute espèce de tumeur scrofuleuse.

En 1845, M. Cunier (3) confirme les bons résultats de l'huile de foie de morue contre l'ophtalmie scrofuleuse et recommande fort dans ces cas l'emploi

(1) *Horn's Archiv. für medic. Erfahrung*, Jahr 1831. mai-juin.

(2) *Denkwürdigkeiten der artzliche Praxis*, Bd IV, 1839.

(3) *Annales d'oculistique*, mars 1845.

externe de ce remède combiné avec l'extrait de belladone ou avec le précipité rouge.

Enfin le docteur de Jongh (1) déclare, dans sa monographie sur l'huile de foie de morue, qu'il prescrit cette huile non seulement à l'intérieur, mais aussi extérieurement contre les engorgements des glandes lymphatiques et le ventre durci des enfants rachitiques ; il fait panser les ulcères scrofuleux avec des compresses imbibées de ce médicament et appliquer, sans ligature, de semblables compresses sur les parties souffrantes des personnes atteintes d'affections scrofuleuses des articulations ou d'exanthèmes scrofuleux ; les compresses sont renouvelées entièrement toutes les deux ou trois heures ; cette méthode lui aurait donné les meilleurs résultats (2). Il emploie également l'huile à l'extérieur avec le plus grand succès contre les blépharophthalmies scrofuleuses.

Nous citons une observation remarquable qu'il relate :

OBSERVATION

(Résumée. Brefeld, citée par de Jongh.) (3)

M... P., âgée de 8 ans, était d'une constitution torpide et lymphatique et avait une sœur déjà morte des suites d'atrophie mésentérique et d'ulcères scrofuleux. Elle avait tout le

(1) De Jongh. *L'huile de foie de morue envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique*, Paris, Masson, 1853.

(2) De Jongh. *Loco citato*, page 185.

(3) De Jongh. *Loco citato*, page 186.

cou, pour ainsi dire en pleine ulcération ; les glandes cervicales étaient tellement engorgées que quelques-unes avaient la grosseur d'un œuf de poule ; d'autres s'étaient crevées et formaient de larges ulcères aux bords enroulés, dont plusieurs, sécrétant une quantité effrayante de pus, s'étendaient jusqu'à la partie supérieure du thorax.

Le traitement commencé d'abord par les remèdes antiscrofuleux ordinaires, en partie résolvents, en partie toniques, ne produisit aucun résultat favorable, quoique continué pendant des mois entiers.

Ce ne fut qu'un an et demi plus tard, après que l'auteur eut observé l'action salutaire de l'huile de foie de morue dans des cas analogues, que ce remède fut prescrit à l'intérieur à la jeune malade. Après six mois de traitement, la cicatrisation ne faisait néanmoins que peu de progrès. L'huile ayant alors été employée extérieurement, les progrès de la cicatrisation furent si rapides et si surprenants que quelques mois après, la cure était complètement terminée et, à l'exception des cicatrices entourant le cou, il était impossible de découvrir quelque trace de la maladie vaincue.

Richter (1) conseille un savon d'huile de foie de morue avec de la potasse contre les exanthèmes scrofuleux et Veiel (2) l'usage externe d'un mélange d'huile de foie de morue avec du fiel de bœuf et du sel contre les engorgements des glandes lymphatiques.

M. Gibert (3) aurait radicalement guéri un lupus qui avait détruit presque entièrement la face, le

(1) *Berliner med. Centralzeitung*, 1835, 1842, p. 674.

(2) Riecke. — *Die neueren Arzneimittel*, 1840, p. 654.

(3) De Jongh. — *Loco citato*, p. 191.

nez et une partie de la mâchoire par l'emploi interne et externe de l'huile de foie de morue joint à celui de l'iode pendant un an.

Plus récemment Delioux de Savignac (1) écrit qu'il a vu cette huile produire de bons effets et qu'il la prescrit souvent en onctions sur les paupières contre les blépharites scrofuleuses et Neumann (2), déclare qu'il pourrait citer bien des cas où son emploi combiné à l'intérieur et à l'extérieur a amené la guérison de lupus rebelles, mais sans donner aucune observation à l'appui de son dire.

Mode d'action.

L'huile de foie de morue guérit-elle la tuberculose en général et, dans nos cas particuliers, la tuberculose cutanée par une action spécifique, directe et élective, semblable à celle qui est attribuée au mercure et à l'iode dans la syphilis, au soufre dans la gale, au fer dans la chlorose? Tel n'est pas notre avis et nous pensons avec Gubler (3) que son action curative ne réside que peu dans les différents principes chimiques qu'elle contient en si petite quantité et qu'elle est surtout la conséquence du rôle attribué dans l'économie à la ma-

(1) *Dict. Dechambre*, tome X, p. 35

(2) Neumann. — *Lehrbuch der Hautkrankheiten*, p. 415.

(3) *Commentaires thérapeutiques du Codex*. — P. 158.

tière grasse, point de départ de toute formation cellulaire (Swann). — La condition qui fait que l'huile de foie de morue remplit mieux que d'autres corps gras ce rôle formateur, nous la trouvons dans son origine. Les corps gras en dépôt dans la glande hépatique, sont en partie destinés comme la substance glycogène de Cl. Bernard, à fournir des éléments à la nutrition et à la respiration. Leur état *moléculaire* est, sans doute, approprié à cette double fonction. On comprend ainsi la supériorité de l'huile de foie de morue sur les huiles et graisses tirées des végétaux ou des autres organes des animaux. Toutes exigent, en effet, une élaboration préalable dont la substance grasse du foie peut se passer; les premières sont très assimilables, il est vrai, mais la seconde est déjà *assimilée*.

Or, nombre d'expériences de M. Feltz (1) et d'autres auteurs nous ont depuis longtemps appris que les tissus embryonnaires absorbent avec une grande facilité les liquides qu'on met à leur contact; cette absorption ne peut qu'être facilitée par l'état *moléculaire* particulier où se trouve la substance grasse de l'huile de foie de morue et les éléments néoplasiques, embryonnaires, qui végètent à la surface du tissu lupique peuvent fa-

(1) Dr V. Feltz — *Etudes expérimentales sur la puissance d'absorption du tissu médullaire des os.* — *Journal de l'anatomie, de la physiologie de M. Ch. Robin* (n^o de juillet 1872).

cilement s'intégrer, s'identifier cette matière élaborée par les cellules du foie d'organismes vivants. Ils puisent ainsi une résistance nouvelle pour lutter victorieusement contre le bacille et nous arrivons de la sorte au moyen qui nous semble le plus rationnel dans la lutte contre les infiniments petits, moyen qui ne consiste pas à poursuivre leur destruction immédiate, mais à modifier les conditions du terrain, de façon à le rendre impropre à toute transformation par leur intervention.

C'est ce but que jusqu'à présent les vaccinations se sont efforcées d'atteindre.

Il se peut, en outre, que l'huile, par les principes chimiques qu'elle contient, excite, au sein des éléments anatomiques, une activité nutritive qui favorise la reconstitution d'éléments d'une organisation plus parfaite et d'une importance plus grande pour la lutte contre le bacille et enfin qu'elle combatte en même temps la tendance aux formations cellulaires pathologiques (Williams).

Mode d'emploi.

Dans notre première observation, afin d'éviter tout accident septique, on avait alterné les applications d'huile de foie de morue et de poudre d'iodoforme. Nous avons jugé plus commode de mœ-

difier le procédé, en ajoutant l'iodoforme à l'huile de foie de morue dans une même solution et nous appliquons journellement sur les parties malades des compresses imbibées de la solution suivante :

Iodoforme, 5 gr.

Huile de foie de morue, 100 gr.

On recouvre ces compresses avec de la gutta percha et on maintient le tout en place à l'aide de quelques tours de bande.

Cette nouvelle façon de procéder a l'avantage de donner à l'huile plus de fixité constitutionnelle, c'est-à-dire qu'elle l'empêche de se modifier sous l'influence de bacilles quelconques venus des plaies ou du dehors.

La première condition du succès est qu'il y ait contact permanent entre l'huile et les parties malades. Nous voyons en effet, dans nos diverses observations, la lésion persister partout où l'application de l'huile, rendue difficile par la situation du lupus, n'a pu être continue ; l'insuccès relatif de notre procédé dans le dernier cas (observ. IV) est certainement dû au peu de suite apporté dans le traitement.

On nous objectera, sans doute, que l'iodoforme peut entrer pour une grande part dans la guérison de nos divers cas de lupus. A cela nous répondrons que, dans notre premier cas (observ. I), la poudre d'iodoforme avait été employée tout d'a-

bord sans aucun résultat. En outre le lupus a persisté sur les parties qui, à cause de leur siège, n'ont pu bénéficier de l'emploi de l'huile de foie de morue et où l'iodoforme a été appliqué pendant toute la durée du traitement, tandis que les parties imprégnées par l'huile se sont rapidement cicatrisées.

D'ailleurs l'iodoforme a été fréquemment expérimenté en applications locales contre le lupus et n'a jamais, d'après nos recherches bibliographiques, donné de résultats aussi rapides et aussi nets que ceux que nous avons obtenus.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(D' Zilgien. *Bulletin médical*, 13 janvier 1892.)

Marie B..., 33 ans, ménagère, entre le 19 octobre 1891 dans le service de M. le professeur Feltz, pour être traitée d'un lupus ulcéreux du visage. Elle est mariée et mère de 4 enfants bien portants.

Pas d'antécédents du côté des parents. A deux sœurs qui, toutes deux, ont eu, dans leur enfance, des symptômes de scrofule très nets (impetigo du cuir chevelu, adénopathies cervicales).

Elle-même n'a pas eu de maladies antérieures et ne présente aucune trace de scrofule ; on ne constate rien à l'examen des poumons, quoique la malade se plaigne de beaucoup tousser, surtout durant ses grossesses,

Son mari serait tuberculeux depuis cinq ans. Il y a trois ans, cette femme a été atteinte d'un lupus ulcéreux

occupant toute la joue gauche. Malgré un érysipèle survenu quelque temps après, malgré des grattages fréquents faits à l'hôpital civil, l'affection a duré deux ans et demi. Aujourd'hui on constate une cicatrice violacée au niveau de la joue gauche.

Un nouveau lupus s'est déclaré, il y a onze mois, au niveau de la joue droite ; très rapidement, il a envahi toute la joue.

A son entrée au service, non seulement toute la joue droite et la moitié droite de la lèvre supérieure étaient atteintes, mais encore le front et l'œil du même côté, ce dernier déjà fortement menacé. Au niveau du front, le lupus avait une largeur égale à celle d'une pièce de deux francs.

Les ganglions carotidiens droits étaient douloureux et tuméfiés.

Pansements à l'iodoforme sans résultat. Bien au contraire, quinze jours après son entrée à l'hôpital, le lupus du front avait une superficie supérieure à celle d'une pièce de cinq francs.

A partir du 4 novembre, nous faisons le pansement suivant : sur le lupus du front et sur celui de la joue nous appliquons pendant un jour une bandelette de gaze iodoformée trempée dans de l'huile de foie de morue ; sur l'œil et sur la lèvre nous appliquons de la poudre d'iodoforme. Le jour suivant, nous pansons toute l'étendue du mal, c'est-à-dire l'œil, les lupus de la joue, du front, de la lèvre avec de l'iodoforme en poudre.

Nous continuons ainsi en alternant les applications d'huile de foie de morue et d'iodoforme.

Dès le 15 novembre, la tendance à la guérison est manifeste. Le 30, la cicatrisation est complète, sauf à la lèvre supérieure et à l'œil qui est en pleine suppuration.

Le 4 décembre, la malade est atteinte d'un nouvel érysipèle dont l'influence a été nulle sur les parties cicatrisées.

Aujourd'hui 8 janvier, la cicatrisation est complète partout, mais l'énucléation de l'œil retardée par la survenance de l'érysipèle va être pratiquée.

Nous voyons nous-mêmes la malade au mois de juin 1892. La cicatrice, à ce moment, a très bon aspect ; elle est plate, souple, à peine colorée ; on ne peut, par transparence, y découvrir aucun îlot jaunâtre, pas plus qu'on ne réussit à sentir de nodule profond ; seule la lèvre supérieure, où il a été impossible d'appliquer le pansement, continue à être recouverte de quelques tubercules.

OBSERVATION II

(Personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur Feltz.)

Juliette D... est entrée à la Maison de Secours à l'âge de 12 ans pour un lupus du bras et de la main et y est toujours restée depuis cette époque.

Hérédité. — Aucun renseignement bien positif. Ses père et mère sont morts depuis longtemps : son père à la suite d'accident ; sa mère, il y a 28 ans déjà, de cause inconnue. Elle a eu deux sœurs : l'une est morte de péritonite, à l'âge de huit jours, et l'autre sœur, âgée aujourd'hui de 38 ans, est mère de deux enfants, dont l'un est mort à 3 ans d'athrepsie.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, cette fille a eu de l'impetigo du cuir chevelu et un écoulement purulent de l'oreille gauche. Les doigts de sa main droite sont rétractés et appliqués sur la paume de la main à la suite d'un lupus qui aurait existé à ce dernier endroit il y a dix-huit ans. Actuellement, outre cette rétraction, on

constate quelques cicatrices sur la face dorsale des doigts, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et enfin sur la face dorsale de la première phalange de l'annulaire une ulcération de nature lupique.

La malade est sujette à des bronchites fréquentes. Cependant l'examen de la poitrine ne révèle aucune lésion.

Son lupus aurait débuté, il y a quinze ans, par l'apparition sur la joue gauche, d'un bouton indolent, rouge, qui peu à peu s'est étendu jusqu'à atteindre l'état actuel.

On constate sur la moitié gauche du visage une vaste plaque haute de 8 centimètres, large de 5 centimètres d'une coloration rouge-brun particulière ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, s'étendant de la commissure labiale à deux centimètres environ au-devant de l'oreille et de la paupière inférieure. Depuis deux ans que la malade est entrée au service de M. le professeur Feltz, cette plaque a toujours été recouverte de petits tubercules rouges aisément perceptibles à la vue et au toucher ; ces nodules sont par places recouverts d'une croûte jaunâtre.

Le traitement externe à l'huile de foie de morue a été commencé le 1^{er} janvier et au mois d'avril les tubercules ont complètement disparu ; la cicatrice est souple, lisse, mais encore colorée ; il est impossible d'y retrouver de nodules, même par un palper attentif.

Cependant à la périphérie, sous l'œil et près du nez, à un endroit où le pansement n'a pu être exactement appliqué, persiste un semis de trois ou quatre tubercules de la grosseur d'une tête d'épingle. Nous appliquons journellement (15 mai) sur ces petits nodules une compresse imbibée d'huile de foie de morue iodoformée, bien maintenue en place par une couche de collodion et aujourd'hui ils sont près de disparaître.

Pendant toute la durée du traitement, la malade n'a pas pris d'huile à l'intérieur.

OBSERVATION III

(Personnelle, recueillie dans le service de M. le professeur Feltz.)

Augustine G..., âgée de 19 ans, vigneronne, entre à la Maison de Secours dans le service de M. le professeur Feltz, le 26 avril 1892, pour être traitée d'un lupus tuberculeux du visage.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents héréditaires : son père est encore vivant et sa mère est morte en couches il y a sept ans.

Antécédents personnels. — Elle-même dit avoir toujours eu une bonne santé et n'accuse aucun antécédent scrofuleux. Cependant on constate très nettement des cicatrices de scrofulides sur le membre supérieur droit : l'une d'elles est située sur le dos de la main, une autre au niveau de la face postérieure du coude, enfin une troisième sur l'avant-bras adhère au cubitus. Au-devant du pavillon de l'oreille gauche se trouve également une cicatrice large de 4 cent. environ sur 1 cent. de hauteur.

La malade, quoique d'apparence encore robuste, présente des signes très nets de tuberculisation pulmonaire : submatité de tout le côté droit, respiration rude et soufflante.

Il y a environ huit ans, nous raconte la malade, serait apparu sur la joue droite un bouton peu volumineux qui petit à petit aurait grandi et se serait ulcéré ; depuis ce moment, l'ulcération n'aurait plus disparu et à son voisinage d'autres saillies semblables à la première seraient venues peu à peu se grouper et se seraient ouvertes à leur tour.

Actuellement on constate sur la joue droite une tumeur ulcéreuse ayant environ huit centimètres de hauteur, cinq centimètres de largeur au sommet et deux centimètres à la base. Cette large plaque saillante est recouverte de nombreux tubercules de grosseur différente. La plupart sont volumineux : quelques-uns atteignant le volume d'un haricot occupent la partie moyenne et supérieure du lupus ; les autres nodules varient de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de blé.

La malade n'a pas encore été traitée et, depuis son début, la lésion n'a jamais cessé de s'étendre.

Le 1^{er} mai on commence le traitement externe à l'huile de foie de morue iodoformée, et on prescrit en même temps l'usage interne de l'huile pure à la dose de deux cuillerées à soupe par jour.

Dès le 10 mai, on constate une amélioration considérable ; un liseré cicatriciel de 3 millimètres environ occupe le pourtour de la tumeur, sa partie inférieure est recouverte d'une bande cicatricielle ; une légère ulcération persiste seule à ce niveau.

Le 20 mai, le liseré cicatriciel, noté plus haut, persiste et atteint une largeur d'un centimètre. La base du lupus est cicatrisée sur une surface de trois centimètres, sauf deux petites ulcération qui persistent. Les parties hypertrophiées s'affaissent et sont, à ce moment, revenues au niveau de la peau saine.

Le 7 juin, la cicatrisation a fait de nouveaux progrès ; les petites ulcération de la base du lupus ont complètement disparu ; enfin il n'existe plus qu'une plaque de la surface d'une pièce d'un franc qui ne soit pas recouverte de tissu cicatriciel. — Cette plaque est cependant presque plane, dépourvue de tubercules et nettement en voie de guérison.

OBSERVATION IV

(Personnelle.)

M... Michel, 35 ans, employé comme forgeron à l'asile d'aliénés de Maréville.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire positif. Il y a environ deux ans, il reçut, en ferrant un cheval atteint du *crapaud*, un éclat de fer qui lui écorcha le bord inférieur du nez. Instinctivement il porta à cet endroit ses mains qui avaient été en contact avec la plaie scrofuleuse du cheval.

Le nez, quelques semaines après, était gros, rouge, douloureux ; bientôt une ulcération se constituait. Le malade fut alors traité par un raclage, suivi d'une amélioration passagère.

Actuellement les deux ailes du nez sont presque entièrement envahies ; on y sent nettement de nombreux tubercules très peu saillants. Il existe à la partie inférieure de l'aile droite une ulcération de 15 millimètres environ, sur l'aile gauche une autre ulcération de dimension un peu moindre.

Nous instituons alors le traitement externe à base d'huile de foie de morue iodoformée.

Le malade, obligé d'exercer sa profession, ne peut appliquer de compresses sur les parties atteintes que pendant la nuit ; durant la journée, il se contente de les humecter de temps à autre avec la solution iodoformée.

Cependant au bout de peu de temps on pouvait constater une amélioration très sensible : les ailes du nez s'étaient assouplies, les nodules avaient en partie disparu, l'ulcération semblait se cicatriser ; le malade lui-même

déclarait respirer beaucoup plus facilement et constater un mieux notable. Mais, bientôt fatigué de ne pas avoir de résultat immédiat et d'ailleurs gêné par son travail, il négligea son traitement et aujourd'hui la seule amélioration obtenue est la disparition presque complète des nodules qu'on sentait sur les deux ailes du nez ; les ulcérations persistent, mais sans s'étendre.

Réflexions. — L'étude des observations qui servent de base à notre travail fait ressortir d'une façon très nette que le succès dépend essentiellement de la situation des lésions, celles-ci devant être facilement accessibles au pansement. Dans ces conditions favorables, le processus cicatriciel commence peu de temps après le début du traitement et se continue rapidement (observations I et III). Cependant la guérison dans le second cas (observation II) n'a été complète qu'au bout de trois mois. Nous croyons devoir attribuer ce retard à la rapidité moindre avec laquelle le tissu embryonnaire a pu absorber l'huile dont il était séparé par une peau malade, il est vrai, mais opposant néanmoins un certain obstacle au passage du médicament.

CONCLUSIONS

En résumé, notre nouveau mode de traitement est basé sur la nature tuberculeuse du lupus, sur les qualités physiques et thérapeutiques de l'huile de foie de morue et enfin sur les propriétés d'absorption du tissu embryonnaire.

Dans trois cas nous l'avons vu être aussi sûr dans ses résultats, plus simple et moins douloureux dans ses applications, plus rapide dans son action, que la plupart des procédés actuellement employés.

Si, dans la dernière observation, le résultat a été moins satisfaisant, la faute en est due surtout au peu de soin que le malade, gêné par sa profession, a pu apporter au traitement; il est d'ailleurs toujours fort difficile, par tous les procédés, d'obtenir la cicatrisation des ulcérations nari-
naires.

Exposer les raisons scientifiques qui ont inspiré

cette nouvelle méthode, en faire connaître les résultats aux praticiens, tel est l'unique but de ce travail. Notre pensée n'est pas allée au-delà, et nous n'avons pas la prétention de fonder sur quelques essais une méthode systématique de traitement du loup.

Nous espérons simplement que quelques médecins voudront bien continuer et développer ces expériences, et juger ainsi, d'après leurs propres observations, le traitement que nous préconisons.

VU :

Nancy, le 11 juin 1892.

Le Président de la thèse,

FELTZ.

VU :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 11 juin 1892.

Le Recteur,

E. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau.
- BAZIN. — Leçons sur la scrofule.
- HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau.
- KAPOSI. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduction Besnier et Doyon.
- NEUMANN. — Lehrbuch der Hautkrankheiten. (Wien 1873).
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Articles lupus et huile de morue.
- LARROQUE. — De l'anatomie et de la signification pathologiques du lupus. Thèse Lyon 1880.
- RENOUARD. — Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. Thèse Paris 1884.
- EUGEN SACHS. — Beitrag zur Statistik des lupus. Inaugural dissertation Heidelberg 1886.
- BESNIER. — Articles sur le lupus. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Années 1880, 1883, 1884, 1885).
- H. MARTIN. — Articles sur le lupus. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1883).

- LELOIR. — *Progrès médical*, 1884. *Bulletin médical*, 1891. *Annales de dermatologie*, 1884, 1886, 1890.
- Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1^{re} session, 1888.
- VERNEUIL. — Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose. Tome III, 1891.
- BAUR. — Du traitement du lupus. Thèse Nancy, 1891.
- ZILGIEN. — Sur un nouveau mode de traitement du lupus ulcéreux. *Bulletin médical*, janvier 1892.
- DU CASTEL. — *Union médicale*, 1892.
- DE JONGH. — L'huile de foie de morue envisagée sous tous les rapports comme moyen thérapeutique (Masson, 1853).
- TAUFFLIEB. — De l'huile de foie de morue et de son usage en médecine (Germer-Baillière, 1853).
- GUBLER. — Commentaires thérapeutiques du Codex.
- TRÔUSSEAU ET PIDOUX. — Thérapeutique et matière médicale.
- FELTZ. — Etude expérimentale sur la puissance d'absorption du tissu médullaire des os. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, de M. Ch. Robin, 1872).
- A. SUIZ. — Contribution à l'étude du foie des poissons et des produits qu'il fournit à la thérapeutique. Thèse Toulouse, 1891.

